

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 29

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mademoiselle Thérèse HENRY

Externe des Hôpitaux de Paris

née le 19 octobre 1898 à Denain (Nord).

Les Déviations de l'Œsophage
dans
la Tuberculose pulmonaire chronique

(Travail du service de M. le Dr PAISSEAU, à l'Hospice de Bicêtre).

Président : F. BEZANÇON, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

8, RUE DES ACACIAS (PARIS 17^e)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mademoiselle Thérèse HENRY

Externe des Hôpitaux de Paris

née le 19 octobre 1898 à Denain (Nord).

Les Déviations de l'Œsophage
dans
la Tuberculose pulmonaire chronique

(Travail au service de M. le D^r PAISSEAU, à l'Hospice de Bicêtre).

Président : F. BEZANÇON, Professeur

EDITIONS

DE LA REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

8, RUE DES ACACIAS (PARIS 17^e)

LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	LÉON BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Clinique médicale.....	N.....
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Professeur sans chaire.....	ROUVIÈRE.
id.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 AUBERTIN.... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN.... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHABROL.... Pathologie médicale
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG... Anatomie pathologique
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT... Pathologie médicale.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 GARNIER.... Patholog. expériment^{le}
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 HARVIER.... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.

MM.

HOVELACQUE.. Anatomie.
 HUTINEL.... Pathologie médicale.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie
 LÉVY SOLAL.. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU.... Pathologie chirurgicale
 METZGER.... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale
 RICHTER Fils.. Physiologie.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphi-
 ligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER. Histologie.
 TANON.... Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE..... Clinique chirurgicale.
 AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
 Laignel-Lavastine. Clinique médicale.
 LE LORIER..... Clinique obstétricale.
 LEREBoullet. Clinique médicale in-
 fanile.

MM.

LÉRI..... Clinique médicale.
 LÉPER..... Clinique médicale.
 MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
 PROUST..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ..... Clinique chirurgicale.
 VILLARET..... Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé..	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur de Clinique Médicale à l'hôpital St-Antoine

en témoignage de respectueuse reconnaissance

A MON MAITRE
LE DOCTEUR PAISSEAU

Médecin de l'hôpital Tenon

qui inspira ce travail, en témoignage
de profonde reconnaissance

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stages 1918-1919 M. le professeur WIDAL

1918 M. le professeur agrégé AUVRAY

1922 M. le professeur agrégé DEVBAIGNE

Externat 1919-1920 M. le professeur agrégé KUSS

1920 M. le docteur PAISSEAU

1920-1921 M. le professeur CHAUFFARD

1921-1922 M. le professeur agrégé JOUSSET

1922-1923 M. le Docteur PAISSEAU

1923-1924 M. le professeur agrégé FOIX

1924-1925 M. le docteur HUBER

M. le docteur le LORIER

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le docteur BRODIN

M. le docteur ROLLAND

M. le docteur MAURER

M. le docteur DE GENNES

Les déviations de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire chronique

INTRODUCTION

Les déviations de la trachée ont fait en 1921, l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux.

MM. Armand Delille, Hillemand, Lestocquoy et Mallet étudient les déviations trachéales chez les tuberculeux pulmonaires chroniques.

Ils signalent que la symphyse pleurale et la sclérose pulmonaire, qui attirent en totalité ou en partie le médiastin en dehors, déterminent la déviation de la trachée et dans un certain nombre de cas, la déviation concomittante de l'œsophage — ce qui pourrait expliquer la dysphagie de certains tuberculeux.

Peu de temps après, ces auteurs reprennent, dans un article publié par la Presse Médicale en

février 1922, l'étude du syndrome pseudo cavitaire déterminé par les déviations de la trachée.

Auparavant MM. Garnier, Burnaud, Ameuille, avaient déjà signalé les déviations concomitantes de l'œsophage mais les déplacements isolés de l'œsophage ne sont pas mentionnés dans cet ouvrage. Enfin ces déviations trachéales font, en 1923, l'objet de la thèse de M. Chaudrin qui les étudie surtout du point de vue sthétacoustique.

En 1925 MM. Paiseau, Grénaure et Lombling reprennent l'étude systématique des déviations de l'œsophage, chez les tuberculeux chroniques du sanatorium de Bicêtre, étude qui fait l'objet d'une communication à la Société Médicale des hôpitaux (séance du 6 novembre 1925)

Dans ce travail, ces auteurs ont montré que si l'œsophage pouvait subir une déviation en rapport avec celle de la trachée, il pouvait en subir une beaucoup plus considérable, et que ces déplacements œsophagiens semblent plutôt dus à des adhérences directes et à une sclérose propagée au médiastin, qu'à la rétraction du parenchyme pulmonaire, qui, elle, par l'intermédiaire des grosses bronches est susceptible d'entraîner la trachée.

Il en résulte que la connaissance de ces déviations de l'œsophage peut donner des renseignements sur l'état du médiastin, à tous ses niveaux.

OBSERVATIONS

Obs I. Jules M. 54 ans, entre à l'Hospice de Bicêtre le 24 Janvier 1923.

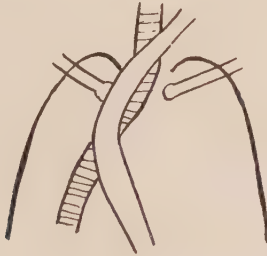
On ne relève rien de notable dans ses antécédents familiaux.

Il a eu en 1902, une pleurésie sèche du sommet droit.

Depuis a souffert de bronchites tous les hivers.

Actuellement, c'est un sujet amaigri, qui ne présente pas de température élevée (37, 37°5). Il a une toux fréquente, une expectoration abondante et bacillifère. Il a une dyspnée qui prend nettement le type d'orthopnée.

Il n'a pas de laryngite, ni de toux à caractère médiastinal,



obs. 7

mais en l'interrogeant, on apprend qu'il éprouve une sensation de gêne douloureuse, du côté droit de la base du cou et de la partie supérieure du thorax, à la déglutition des aliments.

L'examen médiastinal montre que la trachée est nettement déviée à droite, à la palpation dans le creux sus-sternal.

La pointe du cœur bat normalement dans le 5° espace sur la ligne mamelonnaire.

Le pouls est à 110 pulsations.

Les signes pulmonaires sont:

Des signes cavitaires au sommet droit.

Des signes de ramollissement au sommet gauche.

On observe, aux deux bases, une rétraction s'étendant sur plusieurs espaces intercostaux.

Les reflexes tendineux sont normaux, les pupilles égales et réagissent à la lumière.

On remarque une petite plaque de leucoplasie, bilatérale, plus étendue sur la face interne de la joue gauche.

A l'examen radioscopique, on note la faiblesse de l'amplitude diaphragmatique.

Le diaphragme est fixé dans la région des sinus corto diaphragmatiques.

Le lobe supérieur droit est tout entier opaque, avec plage claire arrondie, visible à la partie inférieure.

Le sommet ne s'éclaire pas à la toux; le lobe supérieur gauche est obscur et le sommet gauche ne s'éclaire pas.

La trachée : est nettement dévié à droite, dans la région sous-claviculaire.

L'œsophage : après ingestion de bismuth apparaît encore plus dévié à droite, attiré au niveau de la clavicule, et reprend au dessous sa position médiane; les 2 organes décrivent ainsi un X.

Le B. W. n'a pu être fait chez ce malade.

Obs. 2. Maurice M. 55 ans, entre au sanatorium de Bicêtre le 26 janvier 1923.

Les antécédents familiaux ne présentent rien de particulier.

Il a eu en 1915 une hémoptysie abondante. Depuis, il éprouve de la gêne respiratoire.

Il n'a pas de fièvre. La toux n'a aucun caractère spécial.

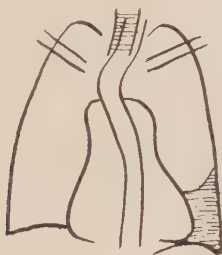
On ne trouve pas de bacilles de Koch dans les expectorations. Aucun signe fonctionnel médiastinal ni clinique ne peut être mis en évidence.

L'examen de l'appareil respiratoire indique la présence de craquements aux deux sommets.

A la base gauche il existe une matité ne s'accompagnant pas d'autres signes.

Il n'existe aucun signe clinique de spécificité.

Ce malade est examiné à la radioscopie :



obs. 2

Le champ pulmonaire gauche présente une opacité absolue à sa base avec immobilité du diaphragme.

L'hémithorax gauche est rétracté ses deux sommets sont obscurs.

La trachée : ne présente pas de déviation appréciable.

L'œsophage : décrit une courbe assez accentuée dont la convexité répond à l'extrémité interne de la clavicule gauche. Dans les secousses de toux, on observe un léger déplacement de l'œsophage attiré à gauche.

Le B. W. est partiellement positif.

Obs. 3. Louis O. 42 ans, entre au sanatorium le 12 octobre 1922.

Les antécédents familiaux sont inconnus.

Ancien paludéen, il a été réformé en 1917 pour bronchite.

Depuis le malade tousse et présente une expectoration bacillifère.

Il n'a pas de fièvre et semble avoir un état général relativement bon.

On ne trouve chez lui aucun signe fonctionnel ou physique, médiastinal.

L'examen des poumons révèle une grosse obscurité respiratoire avec diminution des vibrations et matité.

Au sommet droit on entend des craquements.

Au sommet gauche, des signes cavitaires.

On ne trouve aucun signe clinique de syphilis ancienne.

A l'examen radioscopique, on voit : le lobe supérieur droit opaque ; le sommet ne s'éclaire pas.

Le sommet gauche obscur, s'éclaire à la toux.

Des pommelures sont réparties dans toute l'étendue des deux champs pulmonaires.

Le diaphragme du côté droit est irrégulier, immobile dans la région du sinus.

La trachée : est déviée à gauche au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

L'œsophage : suit le bord gauche de la trachée et subit une déviation encore plus marquée.

Le B. W. est positif.

Obs. 4. — Georges M. 39 ans, entre le 27 Mars 1923 au sanatorium.

Ses parents sont morts de tuberculose pulmonaire.

Il a été intoxiqué par les gaz en 1917 et a présenté depuis 1918 des hémoptysies répétées.

Il n'a pas de fièvre et on ne trouve pas de bacilles dans ses crachats.

Il accuse des accès de quintes de toux assez fréquents.

La dyspnée est une dyspnée banale sans accès paroxystique.

Le malade a parfois une sensation de gêne à la déglutition des aliments.

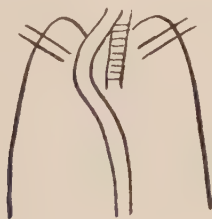
Il n'y a pas de laryngite, pas de vertige, pas de palpitations.

La trachée : n'est pas déviée cliniquement.

La pointe du cœur bat dans le 5^e espace en dedans du mamelon.

Le pouls bat à 76 pulsations

La tension artérielle est de 15/9 au vaguez.



obs 4

L'examen des poumons : révèle un foyer de craquements avec pectoriloquie aphone sous la clavicule droite.

Des craquements sont également entendus en arrière au sommet droit. A gauche la respiration est diminuée : au sommets les reflexes tendineux sont normaux les pupilles sont égales et réagissent à la lumière.

Il existe une grosse plaque de leucoplasie buccale.

Examen radioscopique :

Le sommet gauche s'éclaire peu à la toux.

La moitié supérieure du champ pulmonaire droit est marbrée et le sommet ne s'éclaire pas à la toux.

La trachée : est déviée à droite à partir de l'articulation sterno-claviculaire.

L'œsophage : encore plus dévié, suit le bord droit de la trachée.

Le B. W. est négatif.

Obs. 5 Jaques M. 46 ans.

Entre au sanatorium le 5 Décembre 1923.

On ne relève rien dans ses antécédents familiaux ou personnels.

En 1918 il a subi l'intoxication par les gaz et toussé depuis ce temps.

Le malade amaigri, a une température aux environs de 38° Il toussé, a une expectoration abondante, bacillifère. On ne trouve aucun signe médiastinal par l'interrogatoire.

A l'examen des poumons on trouve des signes localisés au sommet droit : submatité, douleur à la pression, respiration soufflante, bronchopneumonie et pectoriloquie aphone.

Aucun signe clinique de syphilis.

A l'examen radioscopique on trouve, des marbrures disséminées dans les deux champs pulmonaires.

Le sommet droit est opaque, ne s'éclaire pas à la toux.

La trachée : n'est pas déviée.

L'œsophage : est dévié à droite au niveau de la clavicule. On n'observe pas, en position frontale, de déplacement provoqué, toux.

Mais en O. A. G. dans les secousses de toux, la paroi intérieure de l'œsophage fait légèrement hernie. Le B. W. est négatif.

On se bornera dans les observations suivantes, comparables aux précédents, à citer les examens radioscopiques, qui, seuls ont pu révéler l'existence de déviations œsophagiennes.

Obs. 6. Jean. B.S. 61 ans.

Bronchite et emphysème

B. W. négatif.

Radioscopie.

Les sommets diminués de transparence, s'éclairent mal à la toux.

L'amplitude diaphragmatique est très diminuée des deux côtés.

Les ombres hilaires sont très exagérées surtout à droite et il existe des traînées opaques péri-bronchiques.

La trachée: ne subit pas de déviation.

L'œsophage est dévié à droite au niveau de la clavicule.

Obs. 7 Charles V. 42 ans,

Signes cavitaires étendus B. W. négatif.

Examen radioscopique:

Le sommet droit est opaque et présente une plage claire arrondie.

Pommelures dans l'étendue des 2 champs pulmonaires.

Le diaphragme est immobile du côté gauche et la base correspondante obscure.

La trachée: est déviée à droite.

L'œsophage: est dévié au niveau de la clavicule et la déviation est plus marquée que celle de la trachée.

Obs. 8 Louis G. 64 ans.

Ramollissement et cavernes du côté gauche caverne du côté droit. La déviation de la trachée est appréciable cliniquement.

La trachée est nettement déviée à gauche au niveau de la fourchette sternale.

Examen radioscopique :

Opacité de la base gauche et immobilité du diaphragme de ce côté.

Les 2 champs pulmonaires sont marbrés. Il existe du côté gauche des plages claires.

La trachée: a une déviation très nette à gauche.

Obs. 9 Gaston M. 44 ans.

Infiltration des deux sommets.

Examen radioscopique:

A droite : On voit de nombreuses figures opaques. Au niveau du 1/3 interne de la clavicule on voit une image certaine.

A son contact *la trachée* est déviée et vient à son bord interne.

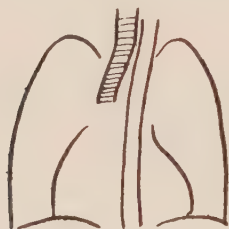
L'œsophage est dévié à droite dans sa partie supérieure.

Obs. 10. Léon T. 56 ans.

Ramollissement et cavernes bilatérales B. W. négatif.

Examen radioscopique :

A droite: le diaphragme est fixée et festonné surmonté d'une zone opaque.



obs 10



obs 10. en OAD

Il existe des images cavitaires dans le lobe supérieur droit

La trachée: est déviée au niveau du foyer supérieur.

Dans les secousses de toux elle se déplace légèrement vers le côté gauche.

L'œsophage: n'est pas dévié mais subit le même déplacement dans les secousses de toux.

En O. A. D., l'œsophage semble collé contre l'ombre vertébrale, dont il ne se détache que très bas, présentant ainsi une déviation angulaire.

Obs 11. Marius S. 69 ans.

Ce malade, entré le 28 septembre 1926, a eu en 1920 une pleurésie droite ponctionnée....

Il présente des signes d'infiltration du sommet gauche, et à la base droite les signes de sa pleurésie ancienne. Il ne présente aucun signe clinique qui attire l'attention vers le médiastin, mais on trouve la trachée légèrement déviée à droite, en palpant le creux sus sternal.

Examen radioscopique.

On remarque l'opacité de la base droite, avec l'immobilité du diaphragme. Un peu au dessus du diaphragme, à gauche, on voit une large bande transversale opaque.

La trachée est légèrement dure à droite.

L'œsophage est attiré à droite dans toute sa moitié inférieure.

Il contourne le bord droit de l'ombre cardiaque, et se trouve ainsi à droite de la ligne médiane les secousses du torse attirent la trachée et le pédicule vasculaire à droite et en haut.

Obs. 11 Jean P. 36 ans.

Infiltration bilatérale.

Examen radioscopique :

à droite, on voit au niveau de hile pulmonaire, une masse opaque, peu étendue, avec une image cavitaire en dehors de cette masse.

La trachée est attirée à ce niveau à droite.

L'œsophage est également dévié à ce niveau.

Obs. 13. Paul J. 47 ans.

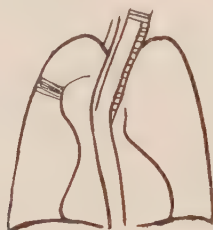
Reliquat de pleurésie droite
cavernes au sommet droit

B. W. négatif

Examen radioscopique :

Les 2 champs pulmonaires présentent dans leur ensemble tout un lavis de travées et de taches légèrement opaques avec prédominance à droite, le champ pulmonaire droit présente en

outre dans sa partie médiane une étroite bande opaque transversée à concavité supérieure, qui se confond, sur le bord droit de l'ombre vertébrale, avec un foyer très opaque.



obs 13

Le cœur est attiré à droite et en haut vers ce foyer opaque.

La trachée est elle même déviée, à droite sa partie inférieure au niveau du même foyer.

L'œsophage subit une déviation encore plus accentuée et recouvre entièrement l'image trachéale.

Obs. 14. Jules F. 50 ans.

Entré au sanatorium le 6 juin 1923.

Rien de particulier dans ses antécédents familiaux,

A eu une bronchite en 1917 et depuis en a tous les hivers.

Il tousse, a une expectoration bacillifère.

Il n'a ni laryngite, ni dyspnée paroxystique et pas de dysphagie.

Il ne présente aucun signe de syphilis et le B-W est négatif.

On trouve à l'examen des poumons des signes cavitaires aux deux sommets.

Examen radioscopique :

Le champ pulmonaire droit est obscur dans toute son étendue.

La trachée est attirée à droite ainsi que le pédicule vasculaire.

L'œsophage décrit un angle aigu à droite et revient aussitôt vers le côté gauche,

Le lobe supérieur gauche également.

Il existe des images cavitaires des deux côtés.

Le cœur n'est pas déplacé.

Obs. 15 Edouard A. 51 ans.,

Entre au sanatorium le 7 mars 1922.

Le père est mort d'érysipèle.

La mère est morte âgée, de cardiopathie.

Marié — deux enfants bien portants.

En 1918 a eu une grippe qui a évolué pendant cinq mois. (pas de pleurésie) La convalescence fut très longue.

En février 1920, bronchite, point de côté douloureux à l'hémithorax droit.

En 1921, a eu une laryngite aiguë.

Depuis le malade tousse, est essoufflé.

Il fait une première hémoptysie en décembre 1921.

Une deuxième en 1922.

L'expectoration est bacillifère.

Examen pulmonaire :

A l'inspection on note la disparition dans la région sous-claviculaire droite de l'amplitude respiratoire, et un méplat sous-claviculaire droit plus accentué que du côté opposé.

Le sommet droit, en arrière est mat, avec vibrations exagérées, souffle cavitaire, retentissement de la toux, et pectoriloquie aphone.

En avant, la région sous claviculaire est mate.

De plus, on entend, en avant et en arrière, dans le champ pulmonaire, des frottements et des râles humides, en particulier au niveau de la base et de la scissure.

L'examen du cœur met en évidence des signes particuliers :

Le choc précordial est perçu dans les 2^e et 3^e espaces inter-

costaux, sous le rebord sternal gauche, sous forme d'une ondulation oblique en bas et à gauche.

Le choc précordial est encore perçu sur une large surface, au-dessous et en dedans du mamelon droit.

L'auscultation indique la prédominance des bruits du cœur, à droite, dans le 2^e espace intercostal droit, à deux centimètres du bord droit du sternum. La tension artérielle, prise au Vaquez est de 7 1/2, 11 1/2.

Examen radiologique :

La clarté est diminuée dans tout le champ pulmonaire droit.

La base droite est opaque. Il existe une image cavitaire au sommet droit.

La trachée est déviée à droite (et cette déviation est appréciable cliniquement par la palpation du creux sus sternal).

L'œsophage suit la trachée ; (le malade accuse un certain degré de dysphagie).

La pointe du cœur est contre le bord gauche du sternum. Il n'y a aucun signe de syphilis, le B. W est négatif.

Obs. 16. — Edouard M.

Entre au sanatorium 17 octobre 1922.

On ne note rien de particulier dans les antécédents familiaux.

Il a eu la grippe en 1919 et depuis toussé continuellement.

Au mois d'août 1922, il entre à l'hôpital Cochin pour broncho-pneumonie.

Malade amaigri, essoufflé.

L'expectoration est bacillifère.

Aucun signe clinique de syphilis. Le B.W est négatif.

Examen pulmonaire :

On remarque en avant, à l'inspection, une dépression sous-claviculaire gauche plus accentuée qu'à droite.

Le sommet gauche est mat en avant.

En arrière, il est submat, avec craquements, souffle cavitaires, pectoriloquie aphone.

Au sommet droit on entend quelques râles après la toux, en arrière.

En outre la base gauche est submate, et la respiration y est très diminuée.

Examen du cœur :



obs 16

Le choc de la pointe est perceptible dans le 4^e espace intercostal gauche, un peu au-dessus et en dehors du mamelon.

Le maximum des bruits du cœur est entendu dans le 2^e espace intercostal gauche, à 3 travers de doigt du bord gauche du sternum.

Les bruits sont perçus un peu moins nettement dans le 4^e espace intercostal gauche près du bord sternal.

A la pointe ils sont perçus nettement moins forts qu'aux deux foyers précédents.

D'autre part ils sont perçus dans l'aisselle, jusque dans sa partie postéro-supérieure.

Examen radiologique.

Le champ pulmonaire gauche est légèrement obscur dans son ensemble.

Les deux sommets sont obscurs.

La trachée n'est pas déviée.

L'œsophage décrit une courbe à convexité gauche. Sa partie inférieure est nettement attirée à gauche et passe à gauche du bord gauche de l'ombre vertébrale.

L'oreillette droite ne débord pas dans le champ pulmonaire droit.

Obs. 17 : Paul D. 29 ans entre au sanatorium le 22 novembre 1923 rien de particulier dans les antécédents familiaux.

Il a été réformé en 1918 pour trachéo-bronchite.

Il présente une première hémoptysie en 1919. Depuis, les hémoptysies se sont répétées fréquemment. En 1921, il est traité par pneumo thorax artificiel. A la suite de ce traitement apparaît un épanchement.



Obs 17

L'expectoration est abondante et bacillifère. Il n'y a pas de température, le malade est essoufflé, considérablement amaigri.

On ne trouve pas d'antécédents syphilitiques le B W n'a pu être fait.

Examen pulmonaire:

Le sommet droit présente de gros signes cavitaires la base droite est subminateuse et on entend de nombreux frottements à ce niveau.

A gauche, le sommet est submat.

Examen radiologique.

Le diaphragme droit est fixé dans sa partie externe.

Pommelures et plages claires dans toute la partie supérieure du champ pulmonaire droit.

Le pédicule vasculaire est attiré à droite et déborde dans le champ pulmonaire droit plus qu'à l'état normal.

La trachée est attirée à droite dans sa partie inférieure, au niveau des pommelures.

L'œsophage décrit une légère courbe à convexité droite, et recouvre la trachée dans sa partie inférieure, la plus déviée.

Dans les secousses de toux, l'œsophage subit un léger déplacement à droite.

En O. A. D. on voit se produire ce même déplacement.

En O. A. D. l'œsophage est attiré en haut et à droite et on voit, pendant les secousses de toux, se produire un petit diverticule, en un point de sa portion moyenne.

Obs 18. André C, 22 ans.

Entre au sanatorium le 7 Mars 1923.

Père et mère bien portants, une sœur bien portante.

A eu la scarlatine à dix ans.



obs 18

En 1919 le malade a des points de côtés thoraciques et crache du sang.

Depuis présente tous les hivers des poussées pulmonaires avec points de côté et fièvre,

Actuellement la température est normale.

Le malade a une expectoration abondante, bacillifère.

Examen pulmonaire :

On trouve aux deux sommets de la submatité avec respiration diminuée, craquements et râles humides.

En outre, on trouve à la base gauche une zone franchement mate avec obscurité respiratoire. A la limite supérieure de cette zone on entend un souffle à timbre tubaire et de gros râles sous-crépitaux.

La ponction exploratrice ramène un liquide séro-fibrineux, à formule lymphocytaire.

Examen radiologique.

Les deux sommets sont obscurs.

Le diaphragme gauche est invisible par suite de la présence d'une ombre à limite supérieure parabolique, occupant la base gauche.

L'arc moyen du contour cardiaque fait une saillie anormale dans le champ pulmonaire gauche.

La trachée et l'œsophage sont légèrement déviés à droite au dessous de la clavicule.

En O. A. D. l'œsophage présente à l'union des tiers moyen et inférieur, un diverticule de forme cylindrique.

Ce diverticule se remplit facilement lors de l'ingestion de pâte barytée et se remplit davantage encore pendant les secousses de tous le fond du diverticule se prolongeant alors par un étroit défilé d'environ deux centimètres.

Signes radiologiques

C'est par l'examen radioscopique que l'on a pu dans tous les cas précédents découvrir les déviations de l'œsophage ou son diverticule.

L'examen est très simple à condition d'employer non un liquide opaque qui ne fait que traverser l'œsophage en jet, mais une substance consistante.

Avec la pâte barytée pure, l'œsophage se vide avec une lenteur suffisante pour que l'examen puisse en être fait minutieusement, sans qu'il soit besoin de recourir à l'examen en position horizontale.

Il ne suffit d'ailleurs pas d'examiner le malade en positions de face et obliques, ce qui ne renseignerait que d'une façon imparfaite : c'est très souvent par un moyen indirect, très simple, en disant au malade de tousser qu'on complète efficacement l'examen. Il se produit au moment de la toux une rétraction brusque du parenchyme pulmonaire qui peut dans certains cas déterminer la production d'un diverticule qui s'efface à l'état de repos (obs 17) Dans d'autres cas, il n'y a pas diverticule, mais déplacement par attraction d'une face (obs 5), d'un segment (obs. 10 et obs 8) ou de la totalité de l'œsophage intra-thoracique. Déplacement qui peut

d'ailleurs être isolé ou associé au déplacement de la trachée. Quand la toux cesse, œsophage, trachée, reprennent leur situation primitive.

Souvent lors de l'examen de l'œsophage on voit plus nettement se dessiner une déviation de la trachée, dont le clarté tranche sur l'opacité œsophagienne. L'examen radioscopique permet ainsi de constater les diverses déviations qu'on peut rencontrer : ces déplacements sont presque toujours localisés à un segment du canal alimentaire ce sont :

les déviations hautes qui semblent les plus fréquentes,

les déviations hilaires,

les déviations basses, les plus rares.

Elles peuvent se produire dans un plan transversal ce qui semble répondre à la grande majorité des cas. Elles sont beaucoup plus rarement situées dans un plan sagittal. Les déviations hautes de l'œsophage, sont situées au niveau de la clavicule : l'œsophage, accompagné ou non de la trachée, décrit une courbure tendant à le rapprocher de l'articulation sterno-claviculaire.

Parfois la courbure décrite par l'œsophage est moins marquée que celle de la trachée, et l'on peut se demander, dans ces cas, quand la déviation se fait à gauche, s'il n'y a pas là une simple exagération de la courbure normale. (obs. 10)

Dans l'observation 10, la trachée est déviée au niveau de l'extrémité interne de la clavicule, elle

semble attirée, à droite, en regard des ombres et images cavitaires qui comblent le lobe supérieur droit.

L'œsophage reste accolé au bord interne de la trachée, décrivant une courbure beaucoup moins marquée.

Dans l'observation 4, on voit sur la radiographie, la trachée subir au niveau de la clavicule une brusque déviation droite. Elle quitte la ligne médiane pour se rapprocher de la clavicule, se dirigeant vers le lobe supérieur droit, siège de lésions importantes : pommelures, opacité généralisée avec très nettement, à sa partie inférieure, une tâche claire arrondie, signe très probable d'une caverne.

L'œsophage opacifié par la baryte passe sous la trachée, la dépasse à droite pour se placer tout à fait en dehors d'elle, puis revient vers la ligne médiane, ayant croisé deux fois la trachée.

Dans l'observation 5,

les lésions sont marquées au sommet droit : opacité que n'éclaircit pas la toux ; la trachée ne subit aucune déviation, mais l'œsophage est dévié à droite, vers le foyer supérieur : il quitte le bord droit de la trachée et revient plus bas, sur la ligne médiane.

La radioscopie précise donc les rapports réciproques de l'œsophage dévié et de la trachée et permet de distinguer trois groupes :

l'œsophage est seul dévié.

l'œsophage suit la trachée :

l'œsophage déborde la trachée et est plus dévié qu'elle.

A ces déplacements peuvent s'associer, et ceci est encore une constatation radiologique : les déplacements du cœur à droite ou à gauche, desestro ou sinistro cardie et les déplacements du pédicule vasculaire du cœur.

On peut rappeler que l'examen radioscopique met en évidence dans la plupart des cas les signes de sclérose pulmonaire :

La diminution de transparence des champs pulmonaires ;

l'épaississement des scissures interlobaires :

l'existence de travées opaques, d'ombres péri-bronchiques, divergeant à partir du hile pulmonaire et pouvant être suivies parfois jusque dans les petites ramifications ;

l'existence de brides opaques traversant le champ pulmonaire ;

Les déformations du diaphragme qui au lieu de sa courbe régulière, affecte des formes diverses, et dont le jeu est plus ou moins modifié.

Dans les déviations hilaires, la déviation de l'œsophage se fait au niveau ou au dessous de la bifurcation trachéale, et s'associe souvent à un déplacement des gros vaisseaux du pédicule vasculaire.

Dans les scléroses unilatérales, on voit le dé-

placement inspiratoire du médiastin revenant à chaque expiration à sa place primitive.

Dans les positions obliques, ce sont les signes de médiastinité qu'on peut parfois mettre en évidence :

L'obscurité de l'espace rétro-cardiaque dans un segment ou dans sa totalité.

La radiologie permet de constater que les déplacements œsophagiens se font dans la plupart des cas du côté droit.

Et ceci dans une proportion de : 29 déviations droites, de l'œsophage, de la trachée, au pédicule vasculaire, contre 9 déviations gauches.

On a donné à ce fait une explication : à gauche, œsophage et trachée, sont en quelque sorte isolés du parenchyme pulmonaire par la présence des gros vaisseaux, de la crosse aortique, qui font peut-être obstacle à l'attraction produite sur eux lors des scléroses pulmonaires.

SIGNES CLINIQUES

Les signes cliniques sont la plupart du temps très effacés.

Le seul signe clinique, à proprement parler oesophagien, est exceptionnel : c'est la dysphagie. Rare — accusée par le malade spontanément, on apprend parfois en interrogeant, qu'il éprouve une certaine gêne douloureuse à la déglutition des aliments.

Ce signe fait le plus souvent défaut, mais il existe assez fréquemment des signes indirects :

Les uns thoraciques, c'est la déviation de la trachée appréciable à la palpation du creux sus-sternal : on sent la trachée déviée vers l'articulation sterno-claviculaire, parfois entièrement derrière elle.

C'est encore, la rétraction d'un ou plusieurs espaces intercostaux en rapport avec une sclérose pleuro-pulmonaire, rétraction persistante, aux deux temps de la respiration.

C'est enfin la déviation du cœur que l'on peut constater en repérant la pointe du cœur, qui peut battre jusqu'au niveau du bord gauche du sternum et même au delà.

Ce sont là trois bons signes permettant de pré-

voir une déviation possible des organes du médiastin.

D'autres signes indirects sont fournis par l'examen du poumon et du médiastin,

Signes de sclérose pulmonaire :

la diminution de l'ampliation thoracique,

la matité ou submatité fréquente,

la diminution des vibrations vocales, ou au contraire dans certains cas, leur exagération,

la diminution du murmure vésiculaire,

signes de médiastinité : les quintes de toux, la laryngite, les crises de dyspnée paroxystiques.

Il faut enfin signaler, la possibilité, au cours des déviations œsophagiennes s'accompagnant de déviations trachéales, de bruits pulmonaires trompeurs, ce sont des faux syndrômes caverneux, qui ont fait l'objet d'études spéciales.

Quant aux diverticules de l'œsophage observés, ils ont été des découvertes de l'examen radioscopique et ne donnaient lieu à aucun signe clinique fonctionnel ou physique.

Étiologie

Il n'y a pas d'étiologie spéciale des déplacements de l'œsophage : c'est celle de la sclérose pulmonaire d'une manière générale, c'est-à-dire la tuberculose la syphilis. Toutefois le rôle de cette dernière n'apparaît pas d'une façon prédominante. Sur 31 malades, observés au sanatorium de Bicêtre, chez lesquels on a pu faire une réaction de Bordet-Wasserman ; 24 ont eu une réaction négative même après réactivation.

7 ont une réaction nettement positive.

Ces malades présentaient tous des déviations médiastinales, œsophage ou trachée, ou les deux à la fois, ou des déplacements du cœur ou du pédicule vasculaire.

Dans l'étiologie tuberculeuse, il convient de remarquer que, sur 39 malades observés, porteurs de déviations trachéo-œsophagiennes, 7 malades ont présenté une pleurésie à un moment donné de leur existence, chez 6 de ces malades, la radioscopie confirmait le diagnostic de pleurésie ancienne affirmée par le malade.

L'autre, qui est l'obs. 18 de cette thèse, présen-

tait les signes cliniques de cortico-pleurite de la base gauche, avec liquide à la ponction exploratrice.

Chez un seul de ces 39 cas, on relève un pneumothorax artificiel ancien et abandonné.

Chez ces 8 malades, la déviation trachéo œsophagienne se faisait du côté de la pleurésie ancienne ou du pneumothorax.

Sur les 31 cas restant : 5 présentaient des formes bronchétiques et emphysémateuses. Tous les autres étaient porteurs de lésions ulcéro-caséieuses.

Diagnostic : Un seul diagnostic peut se poser : celui des déviations médiastinales, dues à des scoliooses possibles. L'examen clinique élimine facilement cette cause d'erreur.

CONCLUSIONS

Les déviations de l'œsophage sont très fréquentes chez les tuberculeux pulmonaires chroniques.

Elles ne donnent le plus souvent lieu à aucune manifestation clinique : elles peuvent cependant expliquer dans quelques cas, la dysphagie observée parfois chez les tuberculeux.

Les signes cliniques qui attirent l'attention ne peuvent être que des signes indirects, thoraciques : déviation de la trachée, rétraction des espaces intercostaux médiastinaux, signes cliniques de médiastinité, signes de sclérose pleuro-pulmonaire.

C'est donc avant tout, par les seuls signes radiologiques, que l'on peut constater la déviation œsophagienne et en tirer des conclusions.

Les déplacements que l'on observe, sont généralement partiels, n'intéressant qu'une petite portion du conduit œsophagien.

Le segment dévié est dans la plupart des cas, le segment supérieur : l'œsophage est dévié au niveau de l'articulation sterno-claviculaire.

Cette déviation peut être isolée : elle est le plus souvent accompagnée de déviation trachéale et l'œ-

sophage occupée alors par rapport à la trachée une situation variable : il suit le plus souvent le bord de la trachée plus déviée que lui ; mais il peut cependant présenter une courbure plus marquée que celle du conduit aérien.

Les déviations basses de l'œsophage sont beaucoup plus rares : 10 pour 100 des cas observés.

Enfin les déviations en masse de toute la portion thoracique de l'œsophage, peuvent être observées et sont généralement la conséquence des grandes scléroses pleuro-pulmonaires elles sont alors accompagnées de déplacement du cœur.

En dehors de ces déplacements fixes de l'œsophage, l'examen radioscopique met en évidence des mouvements anormaux provoqués par la toux :

C'est une attraction de l'organe pendant l'inspiration forcée, produisant soit une déviation de l'organe qui paraissait en situation normale ; soit une déformation d'une paroi de l'œsophage, une attraction nette de la paroi, à un niveau déterminé, se produisant à chaque secousse de toux.

Il est fréquent que ces déplacements s'effectuent en regard de lésions nettement localisées : paroi cavitaire arrivant au contact de la paroi œsophagienne, interlobes fibreux, tractus bronchiques, ganglions crétacés, travées ou brides opaques.

Dans les secousses de toux, on voit non seulement se déformer la paroi œsophagienne mais on peut voir encore, un déplacement transversal

concomittant de ces images radiologiques qui reviennent à leur place primitive à chaque expiration.

Dans d'autres cas, enfin, par l'exagération en quelque sorte du même processus, la toux provoque une déformation de la paroi thoracique ; on voit apparaître en un point de la paroi un défilé opaque, qui peut atteindre jusqu'à 2 cm. de longueur et qui disparaît avec l'expiration.

L'intérêt de ces déviations œsophagiennes réside, non pas dans leurs conséquences cliniques, qui sont à peu près inexistantes, mais dans ce fait qu'elles permettent d'explorer le médiastin d'une façon plus précise que par l'examen direct ordinaire.

Les déplacements, les déformations, les mouvements anormaux de l'œsophage peuvent donner d'utiles renseignements sur l'état du parenchyme pulmonaire, et sur l'état du médiastin à tous ses étages.

Vu : *le Doyen* :

P^r H. ROGER

Vu ; *le Président* :

P^r F. BEZANCON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

P^r CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARMAND-DELILLE, HILLEMAND, LESTOCQUOY, MALLÉ (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 13 décembre 1921). — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire chronique. Presse médicale, 25 février 1922.

AMEUILLE et GALLY. — Les véritables signes d'auscultation des cavernes pulmonaires. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1^{er} juin 1923.

AMEUILLE. — Les paradoxes de la symphyse pleurale. Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 octobre 1922.

AMEUILLE. — Les défaillances de l'auscultation pulmonaire. Presse médicale, 11 mars 1922.

BARD. — La sclérose pulmonaire. Congrès médical de Montpellier 1898.

BARD. — La sclérose pulmonaire. Revue médicale 1911.

BÉRIEL. — La sclérose discrète du poumon d'origine tuberculeuse. Thèse de Lyon 1905.

BÉRIEL. — La syphilis du poumon. Paris 1907.

BRIN. — Les médiastinites. Revue générale. Gazette des Hôpitaux, 7 mai 1921.

BIGART et COSTE. — Dextrocardies acquises. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 21 juillet 1922.

CHALBERT. — Tuberculose pulmonaire fibreuse et syphilis. Thèse de Paris 1908.

DUHEM. — Scléroses pulmonaires partielles et déviations du cœur dans les scléroses étendues du poumon chez l'enfant. *Archives de médecine des Enfants*, 11 novembre 1921.

GASTINET et JACOB. — Sclérose pulmonaire. *Bulletin médical*, 9 novembre 1921.

HUTINEL. — Sclérose de l'appareil respiratoire et syphilis héréditaire. *Bulletin médical*, 11 mars 1921.

LETULLE. — Tuberculose pleuro-pulmonaire, Paris 1916.

LAUBRY et BLOCH. — Les déviations de la trachée.

NADAL. — Scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinales de l'enfant et syphilis héréditaire. Thèse de Paris 1918.

SERGEANT. — Valeur comparative des méthodes d'exploration actuellement employées pour le diagnostic de localisation des lésions du poumon et de la plèvre. *Presse médicale*, 21 octobre 1922.

SERGEANT et GOLBENOT. — Note sur l'étude radiologique de l'arbre trachéo-bronchique au moyen des injections de lipiodol. *Société médicale des Hôpitaux*, 11 mai 1923.

PAISSEAU, GUENAU et ANDRÉ LAMBLING. — L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 novembre 1925.
